

Partie à compléter pour l'inscription d'un Enfant :

Nom – prénom.....

Date de naissance

☐ féminin ☐ masculin

☐ J'autorise la Ville de Hem à utiliser les photographies
ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication☐ Je n'autorise pas la Ville de Hem à utiliser les
photographies ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison aux horaires de fermeture de
l'école, de la garderie, où des différentes activités auxquelles il est inscrit☐ Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la maison aux horaires de
fermeture de l'école, de la garderie où des différentes activités auxquelles il est inscrit**Partie à compléter pour l'inscription d'un Adulte (arts plastiques)**

Nom – prénom.....

Date de naissance

☐ féminin ☐ masculin☐ j'autorise la Ville de Hem à utiliser les photographies
ou vidéos me concernant sur des supports de communication☐ Je n'autorise pas la Ville de Hem à utiliser les
photographies ou vidéos me concernant sur des supports de communication**Partie à compléter pour l'inscription d'un enfant :**

Ecole fréquentée à la rentrée de septembre 2018:.....

Niveau scolaire de l'élève à la rentrée 2018 :.....

☐ Très petite section ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ CLIS

Parties à compléter pour l'inscription d'un enfant :

MEDECIN TRAITANT

Nom – Prénom : Téléphone :

Adresse : Ville :

Enfant rattaché à la Sécurité Sociale du : ☐ du père ☐ de la mère

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ☐ oui ☐ non

Si oui, fournir une ordonnance du médecin

L'enfant souffre t-il :

D'allergies alimentaires ☐ oui ☐ non

D'allergies médicamenteuses ☐ oui ☐ non

D'asthme ☐ oui ☐ non

De diabète ☐ oui ☐ non

De migraines ☐ oui ☐ non

De handicap ☐ oui ☐ non

Si oui lequel ?

D'une autre pathologie, si oui laquelle ?.....

Mon enfant sait nager : ☐ oui ☐ non

Recommandations de la famille :

.....
.....
.....

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation) rendues nécessaires.

Fait à

le.....

Signature des représentants légaux